

診療情報提供書

(歯科医院名)

令和 年 月 日

紹介元医療機関

御担当 先生御侍史

住 所 :
名 称 :
医師名 : 印
電 話 :

フリガナ		昭和 年 月 日 (歳) 女性 ・ 男性
患者氏名		住所 : 電話番号 :

紹介目的 :	歯科検診・歯科治療のお願い
傷病名 (主訴) :	
既往歴、家族歴 :	
症状経過 :	<p>平素より大変お世話になっております。この度、 様は、</p> <p>YAM 値 : % 骨折歴 : なし ・ あり (椎体 ・ 大腿骨 ・ 骨盤 ・)</p> <p>より、骨粗鬆症と診断しております。</p> <p><input type="checkbox"/> ビタミンD 製剤 (顎骨壊死のリスクはありません)</p> <p><input type="checkbox"/> ビスホスホネート製剤 (骨吸収抑制薬で、顎骨壊死のリスクがあります)</p> <p><input type="checkbox"/> デノスマブ (プラリア®) (骨吸収抑制薬で、顎骨壊死のリスクがあります)</p> <p><input type="checkbox"/> ロモソズマブ (イベニティ®) (骨吸収抑制作用があり、顎骨壊死のリスクがあります)</p> <p><input type="checkbox"/> PTH 製剤・PTHrP 製剤 (骨形成促進薬のため、顎骨壊死のリスクはありません)</p> <p>上記薬剤を、 投与開始予定 ・ 投与中 (年 月より) です。</p> <p>当院では、骨吸収抑制薬の使用に関連した顎骨壊死 (MRONJ) 予防の観点から、口腔内の衛生管理が重要と考え、患者様には、歯科への定期受診をお願いしております。大変お手数ですが、継続的なご管理をお願いできればと思います。</p> <p>大変お手数ですが、現在の状態について、御返信いただけたら幸いです。どうぞ、よろしくお願い申し上げます。</p> <p>追記事項 :</p>

診療情報提供書（返信用）

(医療機関名・診療科目)

令和 年 月 日

科 紹介元医療機関

御担当 先生御侍史

住 所 :
名 称 :
医師名 : 印
電 話 :

フリガナ		昭和 年 月 日 (歳) 女性 ・ 男性
患者氏名		住所 : 電話番号 :

平素よりお世話になっております。

ご紹介いただきました、 様の口腔内所見をお伝えいたします。

口腔清掃状態 : 良好 普通 不良

歯周病の程度 : 軽度 中等度 重度

失活歯数 : _____ 歯 (全 _____ 歯中)

失活歯のうち根尖病変を認める歯の数 : _____ 歯

義歯の使用 : なし あり

観血的処置 (抜歯・小手術等) の予定 : なし あり (時期 : _____ 頃までに終了)

リスク低減のための歯科治療に必要な期間 : おおよそ _____ カ月

その他 :

現時点での MRONJ 発現における歯科的リスク因子は以上です。

当医院では、リスクを軽減するために口腔内状況の改善と管理を行ってまいります。

今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

*失活歯：顎骨内への感染源となりうる歯 *根尖病変；レントゲン上で顎骨内に透過像を有する状態